FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920 — THÈSE N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Pierre MAYOLLE

Rétentions anormalement prolongées

DE

Parties fœtales osseuses in utéro

Après l'Accouchement et l'Avortement

Président : M. COUVELAIRE, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, rue Racine, 15

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESSEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	BROCA (A.)
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	M. LABBÉ
Pathologie médicale	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale	GOSSET
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	P. CARNOT
Hygiène	LÉON BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD, WIDAL, GILBERT, CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET, QUENU, LEJARS, HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR, COUVELAIRE, BRINDEAU
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	A. BROCA
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN
Clinique oto-rhino-laryngologique	P. SEBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	LABBE (H.)	MOCQUOT	ROUVIERE
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	MULON	SCHWARTZ(A.)
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	SICARD
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TANON
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TERRIEN
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	TIFFENEAU
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	VILLARET
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	ZIMMERN
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

Le Docteur Jérôme MAYOLLE

Témoignage de ma profonde reconnaissance.

Il a été mon premier maître, il sera mon modèle pour ma vie médicale.

A MA FEMME

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur COUVELAIRE

Professeur de clinique obstétricale à la Faculté de Médecine de Paris

Chevalier de la Légion d'Honneur

Au début de ce travail qu'il nous soit permis d'exprimer un souvenir reconnaissant à nos maîtres des Facultés de Médecine et des Hôpitaux de Paris et de Lille.

Nous prions M. le professeur agrégé Lévy-Solal et M. le Dr Vignes, accoucheur des Hôpitaux d'agréer l'assurance de notre gratitude pour l'enseignement clair et précis qu'ils nous ont donné au cours complémentaire de la clinique Baudelocque. Leur article sur les rétentions d'os dans l'utérus nous a donné l'inspiration de ce travail.

Nous avons été heureux de retrouver notre cher ami le Dr Hidden, moniteur de la clinique Baudelocque, qui nous a toujours réservé le meilleur accueil ; nous tenons à lui en adresser aujourd'hui notre plus cordial merci.

M. le professeur Couvelaire a daigné accepter la présidence de cette thèse, nous lui présentons l'expression de notre plus vive reconnaissance.

RÉTENTIONS ANORMALEMENT PROLONGÉES

DE

PARTIES FŒTALES OSSEUSES IN UTÉRO

APRÈS L'ACCOUCHEMENT ET L'AVORTEMENT

CHAPITRE PREMIER

DÉFINITION

A l'occasion d'une observation étudiée à la clinique Baudelocque par MM. Lévy-Solal et Vignes, nous avons recherché les cas dans lesquels on a pu observer une rétention des os dans l'utérus après ouverture de l'œuf. Il s'agit habituellement d'une tête fœtale qui reste dans l'utérus après extraction du siège et du tronc ; parfois il s'agit seulement de débris osseux qui restent après une opération mutilatrice sur le fœtus, enfin dans quelques rares cas il peut rester une partie osseuse quelconque après un avortement. Dans tous ces cas, il s'agit donc d'une tolérance remarquable de l'utérus étant donné la façon dont l'utérus puerpéral ou non puerpéral réagit habituellement aux corps étrangers. C'est ce phénomène qui fera l'objet de notre étude.

Il ne faut pas le confondre avec la rétention du

fœtus mort inclus dans un œuf fermé que l'on peut observer communément. Ici, le fœtus succombe au cours de la gestation pour des raisons diverses pouvant venir du père, de la mère ou de l'œuf lui-même. Deux éventualités peuvent survenir : ou bien il se produit des contractions utérines douloureuses et l'accouchement du fœtus mort a lieu normalement ou bien le fœtus tout entier peut rester dans la cavité utérine : c'est ce que l'on appelle la rétention du fœtus mort. La durée de cette rétention peut être très variable et dépasser les neuf mois de la gestation, par exemple comme dans le cas de Boissard et Vignes où la durée de la rétention a été de seize mois et dans celui de Machenauer où la femme a conservé trois fois au-delà du terme un fœtus mort et macéré. Le fœtus ainsi retenu peut subir diverses modifications bien connues qui sont: la dissolution, la momification, la macération et exceptionnellement la putréfaction.

Les cas que nous étudions diffèrent donc de la rétention du fœtus mort non seulement par le mécanisme de la rétention, par la partie du fœtus — souvent limitée au crâne — qui reste retenue, mais surtout par l'état de l'œuf. Dans un cas, l'œuf est ouvert et donc très exposé aux complications ; dans l'autre, l'œuf reste fermé et ne s'ouvre que très accidentellement au cours d'une infection d'ailleurs rare.

Nous éliminerons aussi de ce sujet, les gestations ectopiques où le fœtus peut être retenu parfois très

longtemps, mais alors tout se passe en dehors de l'utérus et ces cas ne nous permettent pas d'étudier la tolérance de l'utérus.

Il faut aussi éliminer les cas de femmes névropathes qui ont pu introduire elles-mêmes un corps étranger dans leur utérus. Le professeur Décès (de Reims) rapporte le cas d'une femme hystérique qui s'introduisait dans l'utérus un os de lapin et prétendait qu'elle accouchait de temps en temps d'os de fœtus. La supercherie fut vite découverte.

Brunatelli, cité par De Bovis (*Sem. méd.*, 1898), raconte le cas d'une femme qui s'était introduit dans l'utérus un os de poulet que l'on retrouva plus tard à l'autopsie enclavé dans un calcul.

Dans ces cas, il s'agit de véritables corps étrangers qui sont introduits dans un utérus qui n'a pas subi les modifications de l'utérus gravide.

Le sujet étant ainsi délimité, nous exposerons dans un chapitre II l'historique, dans un chapitre III, les observations, dans un chapitre IV l'étude clinique et dans un chapitre V les conclusions.

CHAPITRE II

HISTORIQUE

Les faits que nous rapportons ne constituent pas une nouveauté ; des auteurs anciens en avaient observé depuis longtemps de semblables, sans toutefois établir la distinction primordiale qu'il importe de faire avec la rétention habituelle du fœtus mort dans un œuf intact.

C'est ainsi que Rondelet dans sa *Methodus curandi* a parlé d'un fœtus retenu dans la matrice et trouvé après la mort de la femme dans cette cavité.

Bartholin, *in cista medica Hasniensi*, mentionne des os d'un fœtus rendus par la matrice.

Palfyn, dans son livre *Sur la structure de la femme* (Leyde, 1708), assure avoir trouvé les débris d'un fœtus dans la matrice, treize ans après la conception.

Fabrice de Hilden cite un cas de fœtus desséché aminci qui avait tout à fait l'aspect d'un squelette et qui avait été pendant longtemps retenu dans l'utérus.

Dans le *Journal d'Allemagne* (tome V, page 327), on trouve un cas où après l'expulsion des diverses parties d'un fœtus la tête resta dans l'utérus pendant sept ans et sortit ensuite spontanément.

Dans la série animale dès le XVI^e^ et au XVII^e^ siècles (Thèse Lempereur, Paris, 1867), on signale des faits du même genre particulièrement chez la vache et la brebis. Là aussi on confond dans une même description les rétentions d'œuf complet et celles où l'œuf est ouvert et où il ne reste dans l'utérus qu'un membre ou une parcelle osseuse.

Boutrolle, en 1766, dans le *Parfait bouvier*, signale « des vaches qui ne sont point ouvertes » et raconte un cas de rétention chez la vache.

En 1793, Gervy publie l'observation d'une tête de veau qui était restée dix-huit mois dans la matrice et qui fut retirée après avoir été broyée.

En 1815, Huzard offrait à la Société de la Faculté de médecine de Paris la matrice d'une brebis contenant un fœtus qui y avait séjourné trois ans.

Saint-Cyr et Violet (1888) citent quarante-huit cas de rétention totale ou partielle, 35 chez la vache, 7 chez la brebis, 5 chez la jument et 1 chez la chienne.

Nous nous bornerons à étudier les faits tels qu'ils se passent dans l'espèce humaine soit après un accouchement soit après un avortement.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Givre (Service du professeur Ollier), *Prov. méd.*, 1895, p. 124.

Il s'agit d'une femme ayant subi trois ans auparavant une embryotomie avec craniotripsie. La malade depuis cette opération, n'avait pas présenté de symptômes bien spéciaux, si ce n'est une leucorrhée persistante. L'examen de l'utérus permit de reconnaître et d'extraire un fragment de pariétal qui était resté dans l'utérus après l'intervention obstétricale.

OBSERVATION II

Loisnel, *Tête de fœtus à terme restée trois mois et demi dans l'utérus sans accidents infectieux (I^er^ Congrès français d'obstétrique et de gynécologie.* C. R. in *Semaine médicale*, 1892, t. XII, p. 175).

Femme III-pare, accouchement par le pied, le médecin sectionne le pied ; le jour suivant sortie de l'autre pied qui est également sectionné, le troisième jour extraction du corps qui sort jusqu'au cou et qui est décapité. Après cela on fait une injection chaude et on se résout à attendre. La femme

quitta le lit, elle revint trois mois après voir son médecin pour un écoulement. Le crâne retenu était incomplètement macéré dans l'utérus et dut être retiré os par os.

L'auteur trouva une fistule vésicoutérine qui se ferma spontanément ultérieurement. Après extraction des os du crâne : fièvre pendant deux, trois jours, mais aucune infection pendant la période suivante ; la fistule vésicoutérine se ferma spontanément, mais il s'est produit une communication avec l'intestin de telle sorte que les matières passaient par l'utérus.

OBSERVATION III

Toth, *Tête de fœtus à terme retenue pendant seize mois dans la cavité utérine* (*Zentralblatt für Gynek.*, 1896, p. 645).

Il s'agit d'une femme chez laquelle à la suite d'une extraction laborieuse du siège il y eut arrachement du cou et la tête fut laissée dans l'utérus.

Les suites de couches furent marquées par une forte fièvre avec écoulement vaginal fétide. La femme eut pendant toute une année des ménorragies irrégulières mais elle toléra parfaitement la présence de cette tête dans l'utérus et son état de santé général fut satisfaisant.

Au bout d'un an apparurent de fortes douleurs intermittentes et un écoulement vaginal noirâtre fétide contenant des débris osseux.

Seize mois après l'accouchement on put retirer par le col au moyen d'une pince à polypes des fragments osseux du crâne fœtal. Enfin on put extraire après dilatation préalable

du col ce qui restait encore d'os du crâne dans la cavité utérine. Une forte hémorragie succéda à cette intervention et fut arrêtée par tamponnement.

La malade guérit complètement.

OBSERVATION IV

Freund, *Tête d'un fœtus retenue pendant dix ans dans la cavité utérine et partiellement expulsée par fragments* (*Deutsch. Klinik.*, 1869, n° 33, p. 301-305).

Femme de trente-quatre ans mariée depuis douze ans, 4 accouchements, 3 avortements. Au dernier accouchement en 1859 présentation du siège, extraction, décapitation. La tête est retenue et reste mobile dans la cavité utérine. Par suite du tétanisme utérin et de l'hémorragie on évite de faire de nouvelles tentatives et le crâne et le placenta restent. Crises éclamptiques, fièvre, écoulement fétide. Le sixième jour élimination du placenta fétide. Le septième Freund trouve le col de l'utérus déchiré par un fragment osseux cranien qu'il enlève. La femme resta au lit et passa une semaine relativement bonne, mais étant très épuisée, elle ne put marcher qu'au bout de quelques mois. Pendant cette période écoulements ichoreux alternant avec des pertes blanches, douleurs dans le ventre, symptômes nerveux, toux suspecte, amaigrissement, inflammation périodique des organes génitaux externes, parésie partielle des membres. Les règles se produisaient néanmoins régulièrement quoique faibles. Coït sans troubles. En 1865 Freund extirpa quelques fragments. En novembre 1868, la femme ressentit une violente douleur dans les organes génitaux et enleva elle-même un fragment

osseux de la vulve. Elle appela un médecin qui trouva d'autres fragments osseux dans le col utérin qu'ils avaient déchiré. Freund revit la malade et lui enleva trois autres fragments osseux, les deux petites ailes du sphénoïde et un fragment indéterminé d'un os cranien plat. A l'examen on trouva un utérus gros comme le poing avec un col raccourci, déchiré, perméable au doigt. La sonde butte contre un os qui est posé transversalement et très peu mobile. Il ne semble pas que l'auteur ait essayé de les extraire à ce moment. On revoit la malade en mai 1869 et on lui extrait un fragment osseux avec une pince.

OBSERVATION V

Fincke, *Tête de fœtus de six mois retenue pendant seize ans dans la cavité utérine, et déterminant une fistule vésico-utérine* (*Deutsch. med. Woch.*, 13 août 1896, n° 33, p. 534).

Femme de trente-six ans qui entre le 21 avril 1896 pour une fistule vésicoutérine; cette femme n'avait été enceinte qu'une seule fois il y a seize ans et avait déjà perçu des mouvements fœtaux, quand au sixième mois, elle eut des hémorragies prolongées qui durèrent trois à quatre semaines et ressentit finalement des douleurs de sorte qu'elle dut faire appel à une sage femme, puis à un médecin. Celui-ci en pratiquant l'examen sentit un corps fœtal en voie d'expulsion ; il tira le fœtus par les pieds, le thorax vint mais la tête resta; depuis lors la femme ne vit plus le médecin, elle a gardé le lit pendant un an, présentant un écoulement continu, fétide; puis peu à peu elle se remonta et reprit ses occupations de femme de chambre. Pendant cette époque, elle souffrit de

constipation opiniâtre. Elle raconte qu'un jour elle dut s'aider avec les doigts pendant la défécation et expulsa par le rectum un os lisse. Depuis lors les troubles digestifs s'amendèrent et l'écoulement utérin diminua peu à peu.

En janvier 1896 c'est-à-dire seize ans après la rétention de la tête fœtale, la femme remarqua qu'elle perdait de l'urine par le vagin et à partir de ce jour fut incapable d'uriner normalement. Pendant sept mois elle eut des douleurs vésicales et se vit obligée d'entrer à l'hôpital.

Examen. — Femme robuste. Col utérin, position normale, peu mobile. En avant et en bas du col on trouve un calcul fiché dans la paroi vaginale antérieure. En inspectant le vagin on trouve dans sa paroi postérieure à un ou deux centimètres au-dessus de la commissure une longue cicatrice, irrégulière, oblique qui semble être la conséquence d'une fistule recto-vaginale guérie. Au spéculum, on aperçoit nettement le calcul que l'on extrait après fragmentation: évaéuation d'urine par la fistule par laquelle le doigt pénètre facilement dans la vessie et y perçoit encore quelques autres calculs. Fermeture de la fistule. En examinant les calculs on les trouve formés de masses phosphatiques à l'intérieur desquelles on trouve deux noyaux constitués par l'os occipital et la moitié de la mâchoire inférieure du fœtus. Fincke admet que la tête fœtale passa de l'utérus dans le vagin et que par la compression ces deux fragments osseux sont arrivés à se fixer dans la fistule vésicovaginale.

D'après Nempbaum il semblerait que le crâne retenu dans l'utérus ait subi une macération avec élimination progressive de petits fragments osseux minces du crâne. Trois seulement furent extirpés l'un par la voie rectale par la femme et les deux autres par la paroi vésicovaginale dans les calculs.

OBSERVATION VI

Zentschuznikow, *Tête d'enfant à terme retenue pendant dix mois déterminant une fistule utéro-vaginale* (*Rein's Kyewer Klinik, Protokolle der geb. gyn. Ges in Kijew*, 1892, 5e année, tome V, p. 2).

IV-pare, de trente-cinq ans, présentant une tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant dans la région sacrée et remplissant la moitié du petit bassin. Au dernier accouchement (présentation du siège) extraction du tronc, puis décapitation mais incapacité d'extraire la tête. Dix mois après, elle entre à la clinique. A ce moment, écoulement purulent et fétide avec élimination spontanée de fragments osseux ; on enlève les os du crâne retenus. A l'examen digital on sent dans le col des os fœtaux et l'on constate que l'un d'eux a pénétré dans la paroi vaginale antérieure produisant une fistule cervico-vaginale de la lèvre antérieure. En tout il fut extrait cinquante et un fragments.

OBSERVATION VII

Flecken, *Rheinische Monatschrift f. praekt. Aerzte III Jahr*, 1849, p. 218.

A la suite d'une embryotomie Flecken enleva secondairement un fragment osseux, fœtal, qui avait pénétré dans la paroi gauche du vagin et dans les parties molles sur le bord externe de la branche montante du pubis. Ce fragment osseux plat de forme triangulaire avait été remarqué dans cette position trois mois et demi après l'opération.

OBSERVATION VIII

W. Opitz, *Fremdkörper im Uterus. Rétention dans l'utérus d'un fragment osseux deux ans et demi après une cranioclasie* (*Zentr. f. Gynäk.*, 1885, n° 46, p. 727).

Femme de trente ans, IV-pare, accouchée il y a deux ans et demi et depuis régulièrement réglée. Cette femme déclare avoir eu quelque chose d'anormal dans sa délivrance et se plaint d'avoir un écoulement continuel d'une mucosité brunâtre.

A l'examen on trouve l'utérus en bonne position peu augmenté de volume, peu sensible à la palpation, les ovaires sont normaux. Le doigt sent dans le col dilaté, un corps dur à parois tranchantes que l'on enlève facilement au moyen d'une pince ; c'est un fragment osseux, irrégulier, quadrangulaire, dépouillé de parties molles, plat, de trois centimètres de long sur un et demi de large et d'odeur fétide. Il paraît provenir de la partie du pariétal d'un crâne de nouveau-né qui se trouve en rapport avec le temporal. On apprend que l'accouchement pratiqué deux ans et demi auparavant par le Dr Merzbourg pour un bassin rétréci fut pénible, et se termina par une cranioclasie.

OBSERVATION IX

Kosinski, *Tête retenue dans l'utérus pendant neuf mois après une version et une décapitation. Fistules utérocolique et pariétocolique* (*Mon. f. Geb. und Gyn.*, 1896, fév., p. 150).

I-pare. Chez une femme en travail depuis six jours, le

médecin pratique la version suivie d'extraction ; mais la tête est arrachée, fièvre.

La femme revient neuf mois après se faire examiner, la sonde démontre la présence d'os. La tête est dans une cavité dont la paroi n'est formée que partiellement par l'utérus, l'autre paroi fait défaut, par suite de rupture ou d'usure de l'utérus ; elle est partiellement encapsulée et entourée de pus. Par suite de l'étroitesse du museau de tanche on fait une incision abdominale et on trouve une communication de la cavité cranienne avec l'intestin grêle et avec le gros intestin. On fait une résection du fragment intestinal et on suture. Les fistules du gros intestin subsistent (double fistule de l'S iliaque) et des os craniens libérés pénètrent dans la lumière intestinale. Tamponnement de la cavité et de la plaie. Pour faciliter le passage des matières par l'utérus, l'auteur dilate le canal cervical. Peu à peu la fistule du gros intestin se ferme spontanément mais il reste pendant quelque temps une communication entre le gros intestin et la plaie abdominale qui se ferme spontanément.

Il s'agirait là d'une rétention des os du crâne persistant alors que le contenu cranien et les tissus de recouvrement en avaient été éliminés depuis très longtemps.

OBSERVATION X

Valenta, *Tête de fœtus à terme retenue dans l'utérus pendant quarante jours. Extraction par fragmentation* (*Archiv. f. gyn.*, t. IX, fasc. 3, p. 431, 1882).

Valenta décrit le cas d'une tête de fœtus à terme qui resta avec le placenta dans la cavité utérine pendant quarante

jours sans aucune réaction. Le crâne était resté après décapitation dans l'utérus; malgré cela la femme resta bien portante. Suppuration fétide. Finalement, sans anesthésie, on extrait à la pince 40 fragments osseux.

L'auteur insiste : 1° sur la tolérance de l'utérus par rapport au corps étrangers sans qu'il y ait aucune trace de réaction pour l'expulsion ; 2° sur l'absence de septicémie malgré un écoulement fétide.

OBSERVATION XI

Lazausky, *Tête retenue pendant plusieurs heures dans l'utérus après une céphalotomie. — Tentative infructueuse d'extraction suivie d'évacuation spontanée* (*Monatsch. f. geb.* 1882, tome XVII, p. 392).

L'auteur décrit une évacuation spontanée d'une tête fœtale retenue.

La sage-femme avait entrepris chez une IV-pare, l'accouchement par les pieds et l'extraction. L'enfant s'est engagé dans le bassin, le ventre en avant et le maxillaire inférieur resta au-dessus du pubis : la tête fut sectionnée du tronc. Un accoucheur tenta vainement de saisir la tête avec une pince.

Lazausky appelé trouva le maxillaire inférieur brisé au milieu, le reste de la tête était resté placé très haut et l'utérus contracturé l'englobant intimement : promontoire facile à atteindre.

On essaye vainement de saisir la tête ou de faire une perforation par le pariétal droit mais quelques heures après l'évacuation se fit spontanément.

Suites normales.

OBSERVATION XII

Mathias Saxtorph, *Tête retenue dans l'utérus pendant plusieurs heures. — Extraction* (*Œuvres complètes.* Kopenhagen 1803, p. 361).

L'auteur parle « d'un accouchement extraordinaire d'une mère, où la tête arrachée de l'enfant fut retenue d'une manière inhabituelle ».

Accouchement prématuré au septième mois, tête arrachée et restée retenue.

Saxtorph tenta vainement d'extraire la tête jusqu'à ce que finalement sa surface se montra. Saignée et teinture d'opium. Quelques heures après des contractions douloureuses comprimèrent la tête dans l'utérus et l'auteur put la retirer sans difficultés.

OBSERVATION XIII

Schwartz, *Tête retenue dans l'utérus pendant deux jours. Extraction après symphyséotomie* (*Zentralblatt fur gynäkologie*, 1893, n° 5, p. 84-86).

Femme de vingt-deux ans, III-pare, (premier accouchement forceps, deuxième accouchement deux mort-nés).

Le 6 octobre : début de l'accouchement, le 7, rupture de la poche des eaux, tentatives infructueuses de l'application de forceps, lésion cervicale, tétanisation de l'utérus après décapitation de la tête, le 8 octobre, crises éclamptiques. Le 8 octobre, à Funfkirchen, l'auteur pratiqua avec issue heu-

reuse pour la mère une symphyséotomie pour extraire le crâne resté dans l'utérus après décapitation.

OBSERVATION XIV

Von Horwitz, *in Zeutschuzinkow* (*Rein's Kyewa Klinik, Protokolle der Geb. gyn. ges. in Kijew.*, 1892, 5e année, t. V, p. 2).

Von Horwitz chez une multipare de vingt-six ans trouva après décapitation la tête dans la cavité abdominale, soit par rupture, soit par suite de l'usure de l'utérus. On fit des tentatives infructueuses pour enlever la tête, la femme ne survécut que vingt-quatre heures après décapitation.

Dans un cas identique signalé dans la pratique médicale de Rein on trouva après décapitation à l'autopsie la tête dans la cavité abdominale.

OBSERVATION XV

S. Rémy, *Tête fœtale séparée du tronc retenue vingt-quatre heures dans l'utérus au-dessus d'un détroit rétréci* (*Archives de Tocologie*, 1895, p. 759).

Mme L..., enceinte pour la cinquième fois, est une femme de petite taille, jouissant d'une bonne santé habituelle. Rachitique, son bassin est du type généralement rétréci par arrêt de développement et aplati, à un degré très marqué, puisque le diamètre antéropostérieur du détroit supérieur est compris entre 6 et 7 centimètres. Son premier accouchement a été terminé par une céphalotripsie ; aux gros-

sesses suivantes la femme est venue à la maternité de Nancy où l'on provoquait l'accouchement : ou bien les enfants étaient trop faibles, 1.360 ou 1.500 grammes et ne pouvaient s'élever, ou bien un peu trop forts, ils mouraient pendant l'accouchement, de sorte qu'elle n'a eu aucun enfant vivant.

Cette fois cette dame s'adresse au médecin de sa localité qui provoque le travail à sept mois de grossesse à l'aide de la sonde de Krause. Le travail met trois jours pour arriver à la période d'expulsion. L'enfant très gros ne put passer. Le médecin n'ayant pu amener au dehors à la tête dernière à travers ce bassin vicié avait pris le parti de séparer le tronc de cette tête.

L'utérus s'était ensuite contracté sur cette tête abandonnée, l'écoulement était très faible, l'état général bon. Vingt-quatre heures après Rémy arrive et commence l'extraction ; il place sur le maxillaire inférieur une pince à mors pour l'abaisser et fixer la tête en même temps. Il broie la tête au moyen du perforateur de Blot puis du cranioclaste de Braun. La tête se laisse extraire avec facilité. Le placenta suit la tête : du liquide rose-brun et quelques gaz s'échappent après la sortie de la tête. Bonne rétraction, pas d'hémorragie. Guérison avec fistule vésicovaginale probable, car la femme perd ses urines.

L'enfant paraissait avoir le développement d'un fœtus de huit mois.

OBSERVATION XVI

Potocki et Sauvage, *Annales d'obst. et gyn.*, mai 1914, p. 257 (résumée).

Femme de dix-sept ans en travail depuis le 15 septembre

1913 à 23 heures, entre à la Maternité de la Pitié le lendemain, enfant vivant avec diagnostic de présentation du siège. Le 17, rupture des membranes. Le 18, M. Potocki apprenant que l'accouchement n'est pas fait, vérifie le diagnostic et constate une présentation de l'épaule. Il essaye, sous anesthésie, de pratiquer la version, mais en vain : la main est enserrée par un anneau inextensible qui enserre l'épaule et l'empêche de pénétrer. L'embryotomie cervicale rachidienne est alors exécutée, le tronc est extrait avec difficulté et la tête reste retenue. On essaye une basiotripsie et l'on réussit à faire un broiement sans pouvoir ramener la tête. Le soir, on fait, sous anesthésie, une nouvelle tentative, aussi infructueuse.

Le 19 septembre, T. 40°2, hystérectomie : l'on enlève en bloc l'utérus et son contenu : tête fœtale, placenta et une partie des membranes. L'utérus est rétracté sur la tête dont elle moule les saillies (1).

OBSERVATION XVII

Lévy-Solal et Vignes, *Avortement au cours du quatrième mois suivi de curettage; plus de trois ans après hystérectomie amenant la découverte de fragments osseux fœtaux intra-utérins* (*Progrès médical*, 10 avril 1920, p. 165).

Mme M..., âgée de vingt-neuf ans, exerçant la profession de couturière, entre le 23 avril 1919 à la clinique Baudeloc-

1. Cette observation ne rentre pas précisément dans le cadre des rétentions osseuses, mais elle montre admirablement les phénomènes qui peuvent se passer au premier stade de ces rétentions : c'est pourquoi nous l'avons résumée.

que parce qu'elle souffre de métrorragies, de leucorrhée et de douleurs abdominales à paroxysmes menstruels.

Antécédents. — Réglée à quatorze ans, régulièrement (tous les vingt et un jours), abondamment (huit à dix jours) et avec des douleurs le premier jour. Quatre gestations antérieures, la dernière en octobre 1913. Pendant les trois premières gestations et pendant l'allaitement qui a suivi la quatrième, Mme M... a eu de fréquentes poussées de polyarthrite rhumatismale avec fièvre.

Affection actuelle. — Au cours de l'automne 1915, Mme M..., est pour la cinquième fois en état de gestation. Dès le début, elle présente des métrorragies qui se reproduisent tous les mois. Au quatrième mois, elle a une perte de sang qui dure quinze jours : le sang est d'abord pur, puis mêlé de caillots et de débris d'œuf. On pratique alors un curettage à l'hôpital de Charleville. Elle sort au bout de quelques jours, imparfaitement guérie continuant à avoir des métrorragies, moins abondantes cependant qui durèrent un mois, mais en alternant avec des pertes jaunâtres empesant le linge. Puis les métrorragies disparaissent, les règles reviennent au bout d'un mois et se reproduisent avec le rythme et les caractères antérieurs. En janvier 1919, les règles sont très douloureuses (douleurs lombaires et pelviennes, sensation de contraction). La malade s'alite pendant quinze jours. Fin avril, elle entre à la clinique Baudelocque.

Etat à l'entrée. — Son utérus est augmenté de volume, antéfléchi, dévié à gauche. Mobilité diminuée. Le col est volumineux, de consistance normale. Pas d'ulcération. Ecoulement glaireux. A gauche on sent un peu d'empâtement et à droite une masse annexielle du volume d'un gros œuf.

La malade est hospitalisée. Soumise au repos, aux lavages chauds et à la balnéation vaginale avec de l'eau à 50 degrés. Observée jusqu'à mi-juin, elle ne présente aucune amélioration locale. M. Couvelaire décide alors de l'opérer.

Opération le 25 juin par M. Couvelaire aidé de M. Lévy-Solal. Anesthésie à l'éther. On constate une annexite double adhérente et on pratique une hystérectomie supravaginale. La section du col permet de constater, engagé dans l'utérus, un petit corps étranger entouré d'un magma noirâtre On constate bientôt qu'il s'agit de petits fragments osseux.

Suites opératoires. — Normales : Mme M... quitte la clinique le 28 juillet 1919.

Examen de la pièce. — L'utérus est globuleux et augmenté de volume. Il mesure, du fond jusqu'à la section de l'hystérectomie, 5 cm. 1/2 et dans sa plus grande largeur, 6 centimètres. Les parois ont une épaisseur de plus de 2 cm. 1/2. La muqueuse n'est pas épaissie de façon notable, mais elle présente un léger piqueté hémorragique.

Le fragment osseux est rectangulaire et mesure dans son plus grand diamètre 1 cm. 7.

Les deux ovaires mesurent respectivement 2 cm. 7 sur 2 cm. 5 et 3 cm. 5 sur 2 centimètres. Leur aspect est normal. La trompe gauche a le volume d'un crayon, la droite celui d'un œuf de pigeon Les trompes sont oblitérées

OBSERVATION XVIII

Funck Brentano, *Tête de fœtus à six mois retenue pendant quatre mois dans la cavité utérine malgré 2 curettages pour hémorragies* (*Bull. Soc. obs. et de gyn. de Paris*, juin 1913, p. 537).

Femme de vingt-neuf ans entre à la Maternité de Saint-Louis le 7 août 1911 : 1° fausse couche de six mois en 1908 après une chute dans un escalier ; 2° grossesse interrompue au septième mois en 1909 pour vomissements incoercibles.

Troisième grossesse se termine au sixième mois le 30 avril 1911 à l'hôpital de Versailles par extraction d'un enfant mort depuis vingt-cinq jours. Cette extraction a été très laborieuse et a nécessité le morcellement du fœtus. La femme continuant à perdre du sang, il est fait quarance-huit heures après un premier curettage qui ramène de petits os. Les jours suivants on a fait des injections intra-utérines qui parfois ramènent quelques débris osseux.

Les pertes sanguines persistant plus ou moins accusées, et la température restant au-dessus de la normale, on fait un second curettage dans les premiers jours de juin. Au cours de cette nouvelle intervention on extrait un fragment osseux qui, au dire de la malade, aurait eu le volume du pouce.

Les hémorragies s'arrêtent à partir de ce moment et la température redevient normale, mais la malade se met à avoir une leucorrhée assez abondante, et dans ces pertes qui présentent une certaine odeur, on trouve parfois de petites parcelles osseuses. En juin et juillet règles comme à l'ordinaire.

En août 1911, à l'entrée, on constate par le toucher que l'utérus est assez volumineux et fortement dévié à gauche. Sa cavité est très agrandie. Du fond à l'origine externe du col, on mesure 15 centimètres en frottant l'extrémité de l'hystéromètre contre les parois de la cavité utérine, on a en plusieurs points une sensation toute spéciale comme celle que donnerait une surface dure et rugueuse.

Le jour même on place une tige de laminaire n° 18 (le soir T° = 39°).

Le 9 août, une tige n° 24. De nouveau T. = 39° le soir.

Le 10 août, craignant ces poussées de température, l'auteur décide d'intervenir immédiatement.

A l'aide de bougies de Hégar, il cherche à dilater le plus possible le canal cervical, mais il n'arrive pas à introduire le doigt dans l'utérus et il est obligé de se servir de la curette.

« Tout d'abord ce curettage ne donne pas de résultats bien « particuliers et au moment où j'allais peut-être m'arrêter « en faisant une dernière révision et en insistant un peu plus « en un point où je rencontre un peu de résistance, ma curette « ramène une petite lame osseuse ayant la forme et les « dimensions d'un ongle. Le doute n'est pas possible et c'est « là un morceau du crâne d'un fœtus. A partir de ce moment « et comme si ce premier os enlevé avait fait une brèche « facilitant l'extraction des os voisins comme il arrive dans « le dépavage d'une rue, il m'est possible en accrochant un « os par le bord, de les extraire les uns après les autres.

« Au cours de ce travail qui est assez long et très minu- « tieux, on voit que la cavité utérine était ainsi tapissée « sur presque toute son étendue et que ce carrelage adhérait

« intimement aux tissus sous-jacents. Il faut une certaine « force pour décoller ces petites plaques osseuses. En sui- « vant avec une main placée sur le ventre le travail fait inté- « rieurement avec la curette, on sent très bien les points où « la paroi utérine a encore conservé la doublure osseuse ; « dans les autres, cette paroi est d'une extrême minceur, « et l'extrémité de la curette sent alors d'une manière qui « impressionne une perforation utérine semblant devoir se « produire très facilement. Je continue en redoublant de « prudence cependant que les os extraits se succèdent. Leur « nombre et leur dimension prouvent que c'est la presque « totalité du crâne qui a été ainsi retenue et cela pen- « dant près de trois mois et demi après l'extraction du « fœtus. »

Le soir de l'intervention, la température s'élève à 38 degrés.

C'est l'intérieur de ce crâne qui a été curetté par deux fois par les opérateurs qui croyaient curetter la cavité utérine ; il est à noter également que sa présence n'a pas empêché les règles de revenir deux fois normalement.

OBSERVATION XIX

Chirat, *Pied de fœtus retenu dans l'utérus et expulsé trois mois environ après l'avortement* (Thèse de Lyon, 1897).

Mme P..., vingt sept ans. Entrée à Sainte-Thérèse, service de M. le professeur Laroyenne, le 26 novembre 1894.

Cette malade avait un retard de cinquante jours lorsqu'elle se mit à perdre du sang avec caillots et coliques utérines. On ne sait au juste ce qui a été expulsé. Lors de l'entrée de la malade il y a deux mois et demi que ceci s'est passé,

depuis, à plusieurs reprises elle a eu des pertes et des douleurs expulsives.

A son entrée elle a des métrorragies assez abondantes survenant tous les deux, trois jours. Un peu d'état général, frissons et fièvre. Quelques caillots dans le vagin. Col entr'ouvert, cavité interne : 9 centimètres.

Le 28 novembre, on fait un curetage et dans les parties extraites on reconnaît des débris macérés de fœtus et de placenta. Cependant la malade, malgré son curetage continue à perdre assez abondamment pendant deux ou trois jours. On l'examine de nouveau et cette fois on fait le toucher intra-utérin. On sent une petite masse pédiculée qui, extraite, se trouve être un pied de fœtus qui avait échappé au curetage. On s'assure alors par le toucher qu'il n'existe plus rien dans l'utérus et on fait un pansement.

Suites simples. Cassation de l'hémorragie.

OBSERVATION XX

Baravelli, cité par Müller, a présenté en novembre 1854 à *l'Académie des Sciences de Bologne* l'observation d'une femme de trente-huit ans avec mort du fœtus à quatre mois, prolapsus du cordon, qui a eu un arrêt du travail abortif et qui a expulsé son fœtus os par os pendant des semaines et des mois particulièrement au moment des époques menstruelles.

OBSERVATION XXI

Riedlin, *Tête de fœtus à sept mois retenu pendant six mois dans la cavité utérine* (*Riedlini observationum medicarum centuriæ tres.*, 1691).

Jeune femme III-pare. Accouchement prématuré à sept

mois. D'abord expulsion du placenta, puis extraction du fœtus dont il ne reste dans l'utérus que la tête. Il se produit peu à peu de la putréfaction avec écoulements fétides. On n'arrive pas à extraire cette tête et l'écoulement abondant de lochies continue. Mais peu à peu la malade entre en convalescence et se rétablit. De temps à autre quelques os de la tête retenue apparaissent et en l'espace de trois mois l'utérus est complètement débarrassé de son contenu. Tous les symptômes de rétention disparaissent et la femme se rétablit complètement.

TABLEAU RÉCAPITULATIF DES OBSERVATIONS

Observations	Décapitation par extraction du fœtus	Embryotomie	Cranioclasie	Durée	Leucorrhée fétide	Fistule vésicoutérine	Fistules stercorales	Elimination spontanée	Elimination par intervention	Après avortement
Numéros										
I.			+	3 ans	+				+	
II.	+			3 mois 1/2	+	+	+		+	
III . . .	+			16 mois	+			+	+	
IV	+			10 ans	+				+	
V	+			16 ans	+	+	+	Rectum	+	
VI	+			10 mois	+	utérovag.		+	+	
VII.	+		+	3 mois 1/2	+					
VIII			+	2 ans 1/2	+				+	
IX	+			9 mois			+		+	
X				40 jours	+				+	
XI		+	Tentativ.	quelq heur.				+		
XII. . . .	+			quelq. heur.				+	Tentatives	
XIII. . . .	+			2 jours					symphyséot.	
XIV	+			1 jour					Tentatives	
XV	+			24 heures					Cranioclasie	
XVI		+		2 jours					Tentat. de basiotripsie	
									Hystérect.	
XVII . . .				3 ans	+				Hystérect.	+ 6e mois
XVIII .	Morcellem.			4 mois	+				+	+ 6e mois
XIX				3 mois	+					+ 6 semain.
XX				Plus. mois						+ 4e mois
XXI	+			3 mois	+			+		

CHAPITRE IV

ÉTUDE CLINIQUE

Etiologie. — Les observations que l'on vient de voir montrent qu'il y a diverses circonstances dans lesquelles il peut rester dans l'utérus des parties fœtales et particulièrement des parties osseuses parce qu'elles résistent mieux à la désagrégation et peuvent donc subsister plus longtemps. C'est ainsi qu'on a trouvé le plus souvent un crâne de fœtus ou bien diverses parties d'un crâne (pariétal, os du sphénoïde, etc.) ou encore des membres, par exemple un pied.

Il s'agit le plus souvent d'un accouchement à terme laborieux qui a nécessité une version suivie d'extraction. Dans ces cas, il arrive que la tête reste, alors que les membres et le tronc sortent facilement. Sur 21 observations que nous avons pu recueillir, il y a onze cas de ce genre et un douzième cas dans lequel on a pratiqué le morcellement du fœtus. Dans quelques-uns de ces cas, la tête a séjourné peu de temps dans l'utérus et il a été possible ou jugé nécessaire de l'extraire par d'autres manœuvres. Nous avons cependant cru intéressant de les relater pour montrer

les variations que peut suivre le traitement. Dans d'autres cas (4 fois) après une cranioclasie ou une basiotripsie, il a pu rester dans l'utérus un fragment osseux, mais c'était là un accident imprévu, et méconnu aussi bien par l'accoucheur que par la femme et ce n'est que secondairement et le plus souvent tardivement qu'on arrivait à s'en apercevoir.

Toute différente est la rétention qui s'est produite après un avortement. Les parties osseuses qui sont retenues dans ces cas peuvent être les mêmes que dans les cas précédents : crâne tout entier comme dans l'observation de M. Funck Brentano : petit os plat indéterminé paraissant appartenir à un crâne, comme dans l'observation de MM. Lévy-Solal et Vignes ; pied de fœtus comme dans l'observation de Chirat. Il est cependant une différence capitale qu'il nous faut signaler dans ces ordres de faits ; dans les rétentions après les accouchements, la partie fœtale osseuse retenue est volumineuse, évidente et il semble qu'elle puisse même agir par son volume, tandis que dans les rétentions osseuses par avortement, le corps du délit est souvent une trouvaille et le diagnostic n'a pas été posé, la femme ayant été traitée pour quelque complication.

Siège et lésions. — Le *siège* que peut occuper l'os retenu est variable. Primitivement, c'est dans la cavité utérine qu'il reste, mais nous verrons plus loin que l'os peut se déplacer dans l'utérus comme un véritable corps étranger, que ces déplacements sont d'ailleurs facilités par les contractions utérines qui

peuvent même être suffisantes soit pour chasser la tête entière (obs. XI), soit pour expulser peu à peu les divers fragments osseux par la voie vaginale quand le col reste entr'ouvert, soit en créant des fistules. Dans l'observation V la femme raconte qu'elle a expulsé par le rectum un os lisse après s'être aidée avec les doigts pour la défécation. Dans l'observation IX, le fond de l'utérus a disparu et la tête se trouve dans la cavité abdominale en rapport avec l'intestin. Dans l'observation XIV et dans une observation identique signalée par Rein, on trouve la tête après autopsie dans la cavité abdominale. Dans l'observation VII, après une embryotomie, un fragment osseux traverse la paroi et se loge dans les parties molles sur le bord externe de la branche montante du pubis.

Dans l'observation VI, un fragment pénètre dans la paroi vaginale antérieure et produit une fistule cervicovaginale de la lèvre antérieure.

Symptômes. — On peut envisager dans l'étude clinique, trois périodes :

1° Celle des accidents immédiats que détermine la rétention d'une partie fœtale ;

2° La période dite de tolérance pendant laquelle la femme porte dans l'utérus à la façon d'un corps étranger une partie fœtale de laquelle finalement le tissu osseux seul subsiste ;

3° La période d'intolérance ou d'extraction suivant que l'utérus cherche à se débarrasser lui-même ou que l'on intervienne pour mettre fin à cette rétention.

I. *Accidents immédiats.* — Ils sont très variables suivant la manière dont l'accident s'est constitué. Dans un premier cas, observation XVI, la tête est retenue dans l'utérus après une embryotomie et on essaie vainement à deux reprises différentes de faire une basiotripsie. La température s'élève à 40°2 devant la gravité de ces faits, l'opérateur procède le jour même à une hystérectomie parant ainsi à toute complication néfaste et sauve la femme. Habituellement les faits ne vont pas aussi vite ; dans d'autres cas la tête est retenue dans l'utérus, il y a une forte fièvre pendant les suites de couches avec écoulement vaginal fétide mais l'état de santé général reste bon et la présence de cette tête paraît être bien tolérée (obs. II, III). Quelquefois à ce moment déjà l'utérus cherche à se débarrasser du contenu ; dans les observation VI et XIII on signale du tétanisme utérin qui aurait empêché de faire de nouvelles tentatives d'extraction.

Le plus souvent (obs. V, VI, VIII, IX, X) la rétention de la tête n'est marquée par aucun phénomène particulier, la femme reste bien portante et reprend même ses occupations et sa vie régulière. Dans quelques cas (obs. XI, XV), la tête est expulsée spontanément quelque temps après l'accident.

Les auteurs parlent rarement du **placenta**, il semble que le placenta soit expulsé spontanément ; dans l'observation VI, le placenta est éliminé seulement au sixième jour et présente une odeur fétide ; dans l'obs. X, le placenta reste dans la cavité uté-

rine pendant quarante jours sans produire aucune réaction.

Au contraire, l'avortement compliqué de rétention des parties osseuses présente dès le début des troubles ;mais ces troubles sont les mêmes que pour tout avortement compliqué et ne permettent pas par leur simple apparition de songer à une rétention des parties fœtales. Ce sont des hémorragies avec mélange de caillots et de débris d'œufs. (Funck-Brentano, Lévy-Solal et Vignes, et les obs. XVII, XVIII, XIX). Dans ces cas, les troubles du début ont été traités par le curettage mais cette opération a été insuffisante et n'a pas totalement débarrassé l'utérus de son contenu et les malades ont continué à porter dans leur utérus des parties osseuses jusqu'à ce qu'elles soient confiées à des accoucheurs qui leur ont fait un traitement radical et curatif.

II. — *Période de tolérance.* — Ici encore nous voulons établir une distinction entre les rétentions d'os consécutives à un avortement et les autres.

Dans celles consécutives à un avortement, les troubles continuent après un premier curettage. Ce sont des pertes sanguines persistantes plus ou moins accusées avec température restant au-dessus de la normale. Ces métrorragies peuvent alterner avec des pertes jaunâtres, les règles reviennent au bout d'un mois et sont régulières mais très douloureuses (obs. XVII), au bout de deux mois (obs. XVIII) mais ici il y a eu des hémorragies telle qu'il a fallu faire un deuxième curettage insuffisant d'ailleurs.

Les troubles cessent après l'extraction à la curette des débris fœtaux au bout de quatre mois (observation XVIII) trois mois (obs. XIX) plusieurs mois (obs. XX).

Dans l'observation XVII, ces troubles durent plus de trois ans avec tous les symptômes d'une lésion annexielle qu'ils ont déterminée d'ailleurs et ce n'est qu'accidentellement qu'on en trouve la cause.

Par contre, quand la rétention de parties osseuses est consécutive à un accouchement dystocique la période de tolérance est généralement plus longue et les troubles prennent un caractère constant. C'est habituellement un écoulement vaginal *fétide ichoreux* qui persiste pendant des mois. Les règles reviennent généralement et se produisent régulièrement. Rarement, elles sont diminuées, le plus souvent elles sont augmentées. Dans quelques cas, il y a des *métrorragies*. Les *douleurs* sont très inconstantes, elles arrivent plutôt par poussées à intervalles irréguliers ne concordant pas avec les règles suivies parfois d'expulsion de petits débris osseux (obs. III). On note peu de troubles vésicaux, sauf dans les complications de fistules, mais assez souvent de la constipation et parfois des troubles digestifs (obs. V). Mais dans tous ces cas (il semble que ce soit là le caractère dominant), ces troubles sont insuffisants à entraver la vie régulière de la femme et lui permettent le travail, le voyage et même le coït (obs. IV, Freund).

Nous ne connaissons pas d'observations dans les-

quelles on signale une gestation nouvelle pendant cette période. La période de tolérance peut être très longue, elle peut atteindre plusieurs mois et même plusieurs années (dix ans : obs. IV ; seize ans, obs. V).

Cependant la femme revient habituellement se faire examiner par un médecin soit qu'elle présente des complications, soit qu'elle entre dans la troisième période : période d'intolérance ou qu'elle découvre elle-même des fragments osseux en voie d'élimination.

III. — *Période d'intolérance.* — Elle débute habituellement par des douleurs dans le bas ventre avec irradiation aux lombes, au coccyx, parfois limitées à un seul côté rappelant le « syndrome utérin de Pozzi ».

D'autre fois, les malades se plaignent d'une exacerbation de l'écoulement continu fétide (obs. III, IV, VI et VIII), parfois aussi de troubles de la défécation (obs. V) rarement elles se plaignent de fièvre, de troubles nerveux, jamais de crises convulsives comme les auteurs le signalent pour les corps étrangers de l'utérus. Enfin quelquefois elles consultent pour une complication.

Examen gynécologique. — Au *toucher*, on trouve un utérus gros, mou, douloureux, ou bien au *speculum*, on aperçoit le corps étranger, ou bien encore on trouve des fragments osseux éliminés par l'utérus, mais rarement on est amené à pratiquer l'hystérométrie. Enfin, il est certains cas dans lesquels il survient une complication.

Complications. — *Rupture de l'utérus.* — La rupture de l'utérus n'est pas à proprement parler une complication des rétentions des parties osseuses, elle peut être une conséquence des manœuvres que l'on fait pour extraire une tête restée dans l'utérus après extraction du tronc. Les observations de Von Horwitz et de Rein dans lesquelles on a trouvé la tête dans la cavité abdominale ne nous apprennent rien à ce sujet. Nous avons tenu à signaler l'observation de M. Potocki où l'auteur ne pût extraire la tête par les voies naturelles à cause de la contracture de l'utérus et où il procéda finalement à l'hystérectomie. Cette contracture de l'utérus est signalée dans plusieurs de nos observations (obs. IV). Trillat et Latarjet (*Obstétrique*, 1906) recommandent d'attendre pendant quinze à vingt heures la fin de la contracture et disent que l'expulsion de la tête peut être spontanée et tardive comme dans l'observation XI, XII. Dans l'observation IX, il semble y avoir une véritable usure du fond de l'utérus ; la tête est encapsulée, entourée de pus et sa cavitécommunique avec l'intestion grêle et le gros intestin.

Perforation de l'utérus. — Il peut se produire une perforation de la paroi de l'utérus par un fragment osseux fœtal. Dans l'observation VII, un fragment a traversé la paroi et se trouve dans les parties molles. Dans l'observation VI, un fragment a pénétré dans la paroi vaginale en faisant une lésion de la lèvre antérieure du col.

Fistules. — La *fistule vésicoutérine* peut être déter-

minée par la cranioclasie elle-même (obs. XV) mais elle peut aussi être consécutive à une rétention prolongée de fragments osseux dans l'utérus comme dans l'observation II.

Fistules stercorales. — On a signalé des communications avec le rectum (obs. II). Dans l'observation V, la femme qui se plaignait seulement de constipation opiniâtre retira un os par le rectum. Dans l'observation IX on remarque une fistule du gros intestin, avec fistule de l'intestin grêle nécessitant une résection du segment intestinal.

Inflammations de voisinage. — Les accidents inflammatoires portant sur l'utérus et y développant une métrite chronique entretenue par la présence de ces débris fœtaux paraissent cependant avoir été limités dans la plupart des cas.

Dans l'observation de MM. Lévy-Solal et Vignes, consécutive à un avortement, on trouve un empâtement des annexes à gauche et une masse annexielle volumineuse du volume d'un œuf à droite. A l'opération, on constate que les trompes sont oblitérées, la trompe gauche a le volume d'un crayon, la trompe droite celui d'un gros œuf de pigeon.

Terminaison et traitement. — Il faut envisager le traitement de la rétention elle-même et le traitement des complications. Dans la plupart des cas, le crâne retenu a été macéré et divers fragments ont été *éliminés os par os* ou *retirés à la pince* (obs. I, II) tantôt directement, tantôt après dilatation préa-

lable du col (obs. I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, X, XII).

Dans un cas (obs. XIII) Schwartz pratiqua une symphyséotomie pour extraire le crâne qui était dans l'utérus depuis deux jours ; Potocki et Sauvage firent une hystérectomie après des essais infructueux d'embryotomie.

Curettage. — Dans les rétentions consécutives aux avortements, c'est par le curettage qu'on est arrivé à extraire des fragments osseux provenant du fœtus. Mais ce curettage n'est satisfaisant qu'à condition d'être exécuté minutieusement et il peut donner lieu à des méprises (obs. Funck Brentano).

Traitement des complications. — *Hystérectomie.* — Dans l'observation XVII où l'on trouve une salpingite double ancienne et adhérente, l'ablation des fragments n'est plus plus suffisante et il faut pratiquer l'hystérectomie avec ablation des annexes.

Traitement des fistules. — Les fistules vésicales se sont fermées spontanément, les fistules stercorales ont eu des traitements divers suivant leur siège et dans un cas ont nécessité une résection intestinale.

Diagnostic. — Le diagnostic différentiel devra être fait particulièrement pendant la période de tolérance où les troubles produits peuvent simuler certaines affections gynécologiques.

Métrite. — La femme habituellement vient consulter en présentant la plupart des signes du syn-

drome utérin. Ce qui attirera l'attention du médecin sera la persistance d'un écoulement fétide qui ne présente pas le caractère des « pertes » de la métrite. Il faudra rechercher la cause de cette fétidité et si l'on peut être aidé de commémoratifs, on soupçonnera l'existence d'une rétention de débris fœtaux.

Rétention. — La rétention d'un fœtus mort ne présente pas les mêmes caractères. Cependant, il est des cas où l'œuf retenu tout entier peut s'ouvrir et aboutir à la putréfaction ; mais dans ce cas, les phénomènes généraux sont d'emblée très graves et l'évolution très rapide.

Cancer. — L'écoulement ichoreux peut à première vue faire penser à l'écoulement samieux d'un cancer du corps ou du col de l'utérus. L'âge, l'état général, les commémoratifs aideront à diriger le diagnostic, mais il faudra compléter par l'examen au toucher et au palper combinés et vérifier l'état du col au spéculum. Enfin l'évolution habituellement rapide de ces cancers n'est pas comparable à la longue tolérance de l'utérus pour les parties osseuses retenues.

Mole hydatiforme. — L'écoulement de la mole hydatiforme n'a rien de comparable à celui qui nous occupe ; on observe dans ces cas des signes de gestation qui suffisent à éliminer ce diagnostic.

Corps étrangers de l'utérus. — On a trouvé dans l'utérus des corps étrangers de toute nature jusqu'à une sangsue (Neugebauer).

Habituellement, ce sont des corps inanimés et le plus souvent, ils ont été introduits dans le but de

provoquer l'avortement et ont pu être conservés. Ils ont pu déterminer des abcès, provoquer des lésions de métrite banale, et migrer hors de l'utérus, etc. La fétidité de l'écoulement, les commémoratifs, les complications, l'expulsion de particules osseuses sont autant de moyens qui aideront à faire le diagnostic.

Avortement. — Les complications que peut présenter un avortement banal ne diffèrent en rien de celles qu'on observe après les rétentions osseuses déterminées par l'avortement. Il sera très difficile de soupçonner une complication de ce genre aux signes habituels qu'on remarque et le plus souvent, c'est par hasard que l'on trouvera la nature des débris retenus. Seule la persistance des métrorragies pourra attirer l'attention.

Mécanisme. — On peut se demander par quel mécanisme ces segments de fœtus sont ainsi retenus dans l'utérus. On ne peut à cette question répondre que par des hypothèses.

Cependant, on peut envisager le problème à deux périodes différentes :

1° Aussitôt après l'accident ;

2° Aux périodes plus éloignées de la rétention : période de tolérance prolongée.

1° *Aussitôt après l'accident.* — Dans quelques cas, la partie osseuse et surtout quand elle est volumineuse — tête entière et fœtus à terme — détermine des contractions utérines exagérées, produit même un véritable tétanisme utérin de telle sorte que la

tête est enclavée dans l'utérus et que toute tentative d'extraction est à ce moment impossible (obs. XVI, XII).

Parfois, il peut s'agir d'un bassin rétréci (obs. XI, XII). Dans d'autres cas, c'est une véritable inertie utérine, comme on voit après un travail prolongé et laborieux et alors, il a pu y avoir en même temps rétention placentaire (obs. VI, X).

Enfin, dans les basiotripsies, un fragment osseux peut se ficher dans la paroi et migrer secondairement sous l'influence même des contractions utérines ;

2° *Tolérance prolongée.* — Les troubles qu'on observe montrent qu'il intervient ensuite un autre facteur qui modifie la valeur du muscle utérin, c'est la métrite. L'inflammation chronique ne se limite pas à la muqueuse, mais agit aussi sur toute la paroi utérine et peut même s'étendre aux annexes comme dans le cas cité par MM. Lévy-Solal et Vignes et l'on comprend que dans cet utérus gros et mou, un débris fœtal puisse rester longtemps maintenu. Toutefois il nous faut signaler que le muscle utérin réagit de temps en temps, nous avons donné une observation (Freund) dans laquelle la femme expulse de temps en temps un fragment osseux par la voie vaginale et même par le rectum.

CHAPITRE V

CONCLUSIONS

Il arrive exceptionnellement que l'utérus puisse tolérer pendant des mois et des années des débris fœtaux et particulièrement des fragments osseux consécutivement à des extractions incomplètes au cours de l'accouchement après embryotomies et au cours de l'avortement.

Les troubles observés sont d'intensité variable. Ils sont le plus souvent d'ordre local (écoulements fétides) et n'altèrent que médiocrement l'état général mais il peut survenir des complications secondaires et particulièrement des fistules vésicoutérines et des annexites.

Le diagnostic a été rarement porte et a été fait au cours de la cure des complications secondaires.

Le traitement consistera en une ablation des débris osseux par les voies naturelles lorsque le diagnostic aura été posé. Les lésions secondaires, fistules ou infections annexielles nécessiteront un traitement complémentaire spécialement dirigé contre ces lésions.

Le président de la thèse,
COUVELAIRE

Le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris
P. APPELL

BIBLIOGRAPHIE

Chirat. — Thèse de Lyon, 1897.
Flecken. — Rheinische monatschrift. f. præckt-Aerzte, 1849.
Fincke. — Deutsche med. Woche, 13 août 1896.
Freund. — Deutsche klinik., 1869.
Funck-Brentano. — Bulletin, société d'Obstétrique et Gynécologie de Paris, juin 1913.
Givre. — Province médicale, 1895.
Kosinski. — Monatschrift. für geb und gyn., 1896.
Lazauski. — Monatschrift. für geb. und gyn., 1862, t. XVII.
Lempereur. — Thèse de Paris, 1867.
Lévy-Solal et Vignes. — Progrès médical, 10 avril 1920.
Loisnel. — Semaine médicale, 1892, t. XII.
Opitz (N.). — Zentralblatt für gynæk., 1885.
Potocki et Sauvage. — Annales Obstétriq. et Gynécologie, mai 1914.
Rémy (S.). — Archives de Tocologie, 1895.
Riedlin.—Riedlini observationum medicarum centuriæ tres., 1691.
Saxtorph (Mathias).— Œuvres complètes éditées par Scheel. Kopenhagen, 1803.
Schwartz. — Zentralblatt. für gynækologie, 1893.
Toth. — Zentralblatt. für gynæk., 1896.
Von Horwitz. — Protokol der geb. gyn. in Kijar, 1892.

Imp. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine. Paris — 4681-20

257

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE